

P R A C E K A Z U I S T Y N E
położnictwo

Pęknięty tętniak tętnicy śledzionowej w ciąży donoszonej – opis przypadku

Rupture of a splenic artery aneurysm in full term pregnancy – case report

Moszczyńska Katarzyna¹, Latoch Izabela^{1,2}, Makarewicz Michał¹, Szulczyński Jarosław³,
Porzych Marcin⁴, Ludwikowski Grzegorz^{1,2}, Dubiel Mariusz^{1,2}¹ Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska² Oddział Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, Polska³ Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, Polska⁴ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, Polska

Streszczenie

W pracy opisano przypadek pierwiastki, która zgłosiła się do szpitala w I okresie porodu. Z powodu objawów wstrząsu hipowolemicznego oraz objawów ostrego wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu poród w trybie pilnym ukończono cięciem cesarskim w trakcie którego zdiagnozowano krwotok do jamy otrzewnej spowodowany pękniętym nierozpoznanym tętniakiem tętnicy śledzionowej.

Słowa kluczowe: **tętniak / tętnica śledzionowa / ciąża /**

Summary

A case of a primigravida with hypovolemic shock symptoms and acute intrauterine fetal hypoxia was described. Emergency caesarean section, during which a hemorrhage to the peritoneal cavity caused by an unrecognized splenic artery aneurysm rupture was diagnosed, was immediately performed.

Key words: **aneurism / spleen artery / pregnancy /**

Adres do korespondencji:

Katarzyna Moszczyńska
Oddział Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Emila Warmińskiego
ul. Szpitalna 19
85-090 Bydgoszcz, Polska
tel./fax: 52 3709220
e-mail: k.moszczynska@o2.pl

Otrzymano: **30.09.2011**
Zaakceptowano do druku: **14.11.2011**

Opis przypadku

Pacjentka lat 23 w 40 tygodniu ciąży pierwszej została przewieziona do Położniczej Izby Przyjęć z powodu rozpoczynającej się czynności skurczowej macicy. Przed wystąpieniem czynności skurczowej macicy pacjentka odczuwała krótkotrwały opasujący ból w nadbrzuchu, który ustąpił samoistnie. Stan ogólny rodzącej dobry, ciśnienie tętnicze 110/60mmHg, czynność serca 76/min, czynność serca płodu ok. 140ud/min.

Na sali porodowej stan pacjentki pogorszył się. Pacjentka we wstrząsie: ciśnienie tętnicze 100/60mmHg, czynność serca 100/min., oddech ok. 24/min., skóra biała, wilgotna, czynności skurczowej mięśnia macicy nie stwierdza się, czynność serca płodu – bradykardia ok. 70ud/min. Badanie ginekologiczne: część pochwowa skrócona, kanał szyjki macicy rozwany na 2cm, błony płodowe zachowane, czynności skurczowej mięśnia macicy nie stwierdza się.

Z uwagi na stan ogólny pacjentki oraz bradykardię u płodu zdecydowano o ukończeniu ciąży cięciem cesarskim w trybie pilnym.

Pacjentkę przewieziono na salę operacyjną. Ciśnienie tętnicze 80/50mmHg, czynność serca 120/min. W znieczuleniu ogólnym, cięciem wg Joel-Cohena otwarto jamę brzuszną i stwierdzono masywne krwawienie do jamy otrzewnowej ok. 2000ml krwi płynnej i skrzepłej. Zespół położniczy, nie przerywając cięcia cesarskiego, prosi o pilne wezwanie lekarza chirurga na salę operacyjną położniczą oraz o przygotowanie zestawu narzędzi do operacji brzusznej chirurgicznej. Nacięto mięsień macicy i za główkę urodzono córkę żywą donoszoną 3880g/54cm w stanie ogólnym Apgar punktów 1/7 (czas od przybycia pacjentki do szpitala do wydobywania płodu wyniósł 22min). Z uwagi na trudności w obkurczaniu mięśnia macicy podano 1amp Pabalu (100mg Carbetocinum).

W trakcie wydobywania płodu i szycia mięśnia macicy zespół anestezjologiczny zabezpieczył dostęp do tętnicy promieniowej oraz żyły szyjnej wewnętrznej. Z uwagi na wstrząs hipowolemiczny u pacjentki rozpoczęto resuscytację płynową (płyn krwiozastępcze typu Haes oraz 0,9%NaCl). Tuż po zaszyciu mięśnia macicy lekarz anestezjolog zgłasza nieoznaczalne ciśnienie tętnicze u pacjentki, tętno słabo wyczuwalne, oznaczalne na dużych naczyniach tętniczych. ASM 120/min. Stan taki trwa około 12min. Trwa resuscytacja płynowa, podano leki wazopresyjne. Zamówiono i rozpoczęto przetaczanie koncentratu krwinek czerwonych zgodnego grupowo bez próby zgodności. Czynności te przywróciły prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego oraz ustabilizowały stan pacjentki.

Po zszyciu mięśnia macicy, operację przejmuje zespół chirurgiczny, otwarto jamę brzuszną w linii pośrodkowej do wysokości wyrostka mieczykowatego mostka. Stwierdzono liczne skrzepy oraz krew płynną pomiędzy pętlami jelit oraz pod kopułą przepony. Uwidoczniono krwawienie w okolicy szypuły naczyniowej śledziony. Powiązano krwawiące naczynie. Wobec objawów niedokrwienia śledziony podjęto decyzję o splenektomii. Po dokładnej kontroli pola operacyjnego i hemostazy operację zakończono. Z uwagi na ciężki stan, pacjentkę przekazano do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, gdzie jej stan szybko poprawił się.

Noworodek po urodzeniu wymagał krótkotrwałej resuscytacji i po szybkiej stabilizacji został poddany obserwacji na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodkowej z uwagi na stan kliniczny

matki (oddział nasz pracuje w systemie „Matka z dzieckiem”). W wyniku zaistniałej sytuacji klinicznej matki u noworodka wystąpiła niedokrwistość wymagająca jedynie suplementacji żelaza.

Matka i noworodek w stanie ogólnym dobrym w szóstę dobie po zabiegu operacyjnym zostali wypisani do domu.

Dyskusja

Tętniak tętnicy śledzionowej jest trzecim, pod względem częstości występowania, tętniakiem naczyń brzusznych, zaraz po tętniaku aorty i tętniaku tętnic biodrowych. Wśród tętniaków tętnic trzewnych najczęstsze są tętniaki tętnicy śledzionowej (60%-70%). Tętniaki tętnicy śledzionowej w większości przypadków są bezobjawowe. Ich diagnozowanie jest przypadkowe podczas badań angiograficznych lub dopiero po ich pęknięciu. Rzadko dają nieswoiste, nagle dolegliwości bólowe w nadbrzuchu prawym lub podżebrzu prawym promieniujące do pleców, kończyny dolnej lub ramienia lewego (objaw Kehra), które są wynikiem rozwarstwiania ściany tętniaka. Dolegliwościom tym mogą towarzyszyć zarówno nudności jak i wymioty [6, 8].

Spontaniczne pęknięcie tętniaka tętnicy śledzionowej jest zdarzeniem rzadkim. Ryzyko pęknięcia wzrasta znacząco w okresie ciąży oraz porodu. Wskaźnik śmiertelności jest bardzo wysoki i wynosi 75% wśród kobiet ciężarnych oraz 95% wśród ich płodów, zaś poza ciążą wskaźnik ten wynosi do 25% [1, 2, 3, 4, 5, 10, 12].

Mechanizm powstawania tętniaka tętnicy śledzionowej nie jest znany. Za czynniki predysponujące do postawienia tętniaka tętnicy śledzionowej uważa się: ciążę u kobiet, nadciśnienie tętnicze, miażdżycę oraz choroby wątroby przebiegające z nadciśnieniem wrotnym [7, 8].

Nie jest do końca poznany mechanizm powstawania i pęknięcia tętniaków tętnicy śledzionowej w ciąży, ale przyjmuje się, że są one wynikiem jednoczesnego działania hormonów płciowych (estrogeny i progesteron) i zwiększonego przepływu naczyniowego co uszkadza ścianę naczyń. Zaobserwowano ich częstsze występowanie u wieloródek, co by potwierdzało powyższe przypuszczenia [9, 11].

Brak jest jednoznacznych wytycznych mówiących o sposobie leczenia zdiagnozowanych tętniaków tętnicy śledzionowej. Uważa się, że leczeniu operacyjnemu powinni zostać poddani wszyscy chorzy mający dolegliwości kliniczne. Ze względu na małe ryzyko pęknięcia bezobjawowe tętniaki średnicy do 2cm można obserwować, zaś pacjenci z tętniakami o średnicy większej niż 2cm powinni zostać poddani leczeniu operacyjnemu. Ze względu na bardzo wysokie ryzyko pęknięcia tętniaka tętnicy śledzionowej u kobiet w ciąży, istnieje zgodność poglądów wśród chirurgów, jak i ginekologów, że każda kobieta w ciąży, u której zostanie rozpoznany tętniak powinna zostać poddana leczeniu chirurgicznemu [13, 14].

Pęknięty tętniak tętnicy śledzionowej w ciąży donoszonej – opis przypadku.

Piśmiennictwo

1. Tsankova M, Jankova J, Dimitrova V, [et al.]. Rupture of splenic artery aneurysm—life-threatening condition for women during pregnancy and after birth (with report of one case). *Akush Ginekol* (Sofia). 2010, 49, 59-62.
2. Koneczny J, Poziemski P, Florczak M, Nawrocka-Kunecka A. Splenic artery aneurysms in pregnancy as a life threatening disorder. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 382-385.
3. Inbar R, Dulitzky M, Barkai G. Spontaneous rupture of a splenic artery aneurysm during the early puerperium. *Harefuah.* 2010, 149, 80-82.
4. Groussolles M, Merveille M, Alacoque X, [et al.]. Rupture of a splenic artery aneurysm in the first trimester of pregnancy. *J Emerg Med.* 2010, 41, 13-16.
5. Sadat U, Dar O, Walsh S, Varty K. Splenic artery aneurysms in pregnancy—a systematic review. *Int J Surg.* 2008, 6, 261-265.
6. Trastek V, Pairolero P, Joyce J, [et al.]. Splenic artery aneurysms. *Surgery.* 1982, 91, 694-699.
7. Sunagozaka H, Tsuji H, Mizukoshi E, [et al.]. The development and clinical features of splenic aneurysm associated with liver cirrhosis. *Liver Int.* 2006, 26, 291-297.
8. Abad C, Montesdeoca-Cabrera D, Saez-Guzman T. Splenic artery aneurysm. Review of two surgically operated cases. *Ann Med Interna.* 2006, 23, 130-132.
9. Selo-Ojeme D, Welch C. Review: spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003, 109, 124-127.
10. Asokan S, Chew E, Ng K, [et al.]. Post partum splenic artery aneurysm rupture. *J Obstet Gynaecol Res.* 2000, 26, 199-201.
11. Ha J, Phillips M, Faulkner K. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009, 146, 133-137.
12. Gourgiotis S, Alfara P, Salemis N. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: a case report. *Adv Med Sci.* 2008, 53, 341-343.
13. Patrelli T, Anfuso S, Verrotti C, [et al.]. Intrapartum rupture of a splenic artery aneurysm during pregnancy - a rare case report with fetal and maternal survival. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009, 22, 362-364.
14. Wroński K, Bocian R, Ścibór J, [i wsp.]. Treatment of true splenic artery aneurysms. *Nowa Medycyna.* 2009, 4, 193-197. Polish.

KOMUNIKAT

KOMUNIKAT




SEKCJA ULTRASONOGRAFII POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

ORAZ
STOWARZYSZENIE NA RZECZ ZDROWIA MATKI I DZIECKA
Serdecznie zapraszają na kurs



Praktyczna ultrasonografia w ginekologii i położnictwie

Zakopane, 3-4 lutego 2012 r.
Hotel Belvedere, ul. Droga do Białego 3
(Nowy Targ, 2 lutego 2012 r. – Warsztaty Praktyczne)



Zgłoszenia na konferencję prosimy przysyłać na adres:
Sekcja USG PTG - sekretariat, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel. 618419334, e-mail: kpichk@gpsk.am.poznan.pl

Przewodniczący komitetu naukowego i organizacyjnego
Dr hab. Marek Pietryga

Honorowy przewodniczący
Prof. dr hab. Jacek Brązert

Perinatal Doppler Focus Group
Prof. dr hab. Mariusz Dubiel

Tematy wykładów:

- Bezpieczeństwo badań prenatalnych – nowe standardy
- Obrazowanie wczesnej ciąży (5-10. tygodni) – nowoczesne metody, a możliwości diagnostyczne
- Diagnostyka prenatalna między 11. a 14. tygodniem ciąży:
 - ocena anatomii płodu
 - ocena wystąpienia ryzyka:
 - aberracji chromosomalnych
 - porodu przedwczesnego
 - preeklampsji
 - cukrzycy ciążowej
 - makrosomii
 - hipotrofii płodu
- Praktyczne zasady diagnostyki wad rozwojowych na podstawie przypadków klinicznych ciąży fizjologicznej i powikłanej (filmy, prezentacje live, on-line i zdjęcia):
 - układ moczowy
 - układ pokarmowy
 - układ kostny
 - centralny układ nerwowy
- Markery ultrasonograficzne aberracji chromosomalnych. Kiedy i na co zwracać uwagę? Odrębności diagnostyczne
- Diagnostyka inwazyjna. Kiedy i jakie badania wykonać?
- Diagnostyka aberracji chromosomalnych – ocena DNA płodowego w surowicy matki
- Ultrasonografia szyjki macicy i progesteron w leczeniu zagrażającego poronienia i porodu przedwczesnego
- Multimedialne prezentacje przypadków wad rozwojowych
- Diagnostyka ultrasonograficzna nowotworów piersi – nowe wyzwania?
- Obrazowanie trójwymiarowe 3D/4D w położnictwie i ginekologii
- Diagnostyka ultrasonograficzna guzów jajnika, raka endometrium, zmian rozrostowych macicy
- Diagnostyka sonograficzna w uroginekologii
- Multimedialne prezentacje przypadków zmian nowotworowych w różnych technikach obrazowania
- Nowości w diagnostyce ultrasonograficznej w ostatnich latach (2010-2011)